N° 80.

20.

ESSAI

SUR LA

PNEUMONIE AIGUË

SIMPLE.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 11 JUILLET 1838,

PAR CONSTANTIN MODELSKI,

(Polonais),

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

.....Medicinam esse, quæ sanè in totum à morbis ægros vindicet, morborumque vehementiam obtundat, neque iis qui à morbo victi sunt, manum admoveat, cùm, id medicinam præstare non posse, probè constet.

HIP., de Arte, cap. III.

MONTPELLIER

Chez JEAN MARTEL aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

1838.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL, Président.	*Anatomie.*
.....	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS, *Suppléant.*	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES, *Examinateur.*	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Suppléant.*	MM. FAGES.
KÜNHOHLTZ.	BATIGNE.
BERTIN.	POURCHE.
BROUSSONNET.	BERTRAND.
TOUCHY, *Examinateur.*	POUZIN.
DELMAS.	SAISSET.
VAILHÉ.	ESTOR.
BOURQUENOD, *Examinateur.*	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur A. GUYET,

NOTAIRE A MARANS.

Si les bontés dont vous m'avez comblé ainsi que mes compatriotes étaient une jouissance sublime de votre âme élevée, le respect et l'attachement, dont je vous fais un faible témoignage en vous dédiant ma thèse, sera toujours pour moi un de mes plus doux devoirs.

A MM. Etienne et Hector PEVREAU.

Veuillez recevoir aujourd'hui mon premier travail : c'est un bien faible gage de ma reconnaissance.

A MES COMPATRIOTES

N. JANUSZEWSKI, Docteur en Médecine,

et L. ZMIJEWSKI.

Une amitié sincère est un bien précieux : vous me l'avez donné, puissé-je le posséder long-temps ! Quant à moi, je vous ai voué une affection qui ne finira qu'avec ma vie.

C. MODELSKI.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22362083

ESSAI

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË SIMPLE.

Définition et synonymie. On désigne sous le nom de pneumonie (πνευμον, *poumon*), l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Les auteurs l'ont décrite sous différentes dénominations; ainsi elle a été appelée *péripneumonie* (Linnœus, Vogel, Sauvages, Boërhaave, Pinel, Bayle), *fièvre péripneumonique, fluxion de poitrine* (Mackbride, Frédéric Hoffmann), *pleuro-pneumonie* (Triller, Andral), *pulmonie* (Arétée), *pneumonie* (Hippocrate, Cullen, Laennec, etc.). Nous avons préféré cette dernière dénomination, car elle nous a paru plus simple et indiquant d'une manière précise l'organe affecté.

La gravité de cette affection, ainsi que sa fréquence, rendent facilement raison des écrits nombreux qui ont été publiés à ce sujet. Son histoire remonte aux temps les plus reculés de la médecine : ainsi Hippocrate, Cœlius-Aurélianus, Paul d'Egine, Celse en ont fait mention. Toutefois, ces divers auteurs, en décrivant cette affection, n'ont pas assez précisé les différences qu'elle présentait avec la pleurésie, et ils semblaient croire que l'une ne saurait exister sans l'autre. Ce sont Morgagni et Valsalva qui, d'après un grand nombre d'observations nécropsiques, ont les premiers démontré que la pneumonie seule peut exister sans complication de pleurésie, quoique les malades eussent éprouvé une vive douleur au côté. Pinel et Stoll en ont fait connaître le diagnostic; ce dernier surtout a bien décrit une pneu-

monie d'une forme particulière, qu'il a appelée pneumonie bilieuse. Aujourd'hui MM. Laennec, Broussais, Boisseau, Andral ont achevé de lever le doute qui pourrait exister sur ce sujet; et, depuis que la médecine possède l'auscultation et la percussion, il est presque impossible de se tromper sur le diagnostic de cette inflammation.

La maladie qui nous occupe est rarement simple; si aucune autre affection ne la complique, la plèvre participe très-souvent à cette phlegmasie. La pneumonie est simple, double, centrale ou lobulaire, suivant que c'est un seul poumon, tous les deux, ou une des parties de ces organes, qui est affecté. Les observations cliniques et anatomo-pathologiques démontrent que le droit est plus fréquemment atteint que le gauche, sa base plus souvent que le sommet. Elle est ordinairement sporadique; cependant certaines localités et un genre de vie particulier peuvent la rendre endémique, comme l'a observé Hippocrate, aux voisinages des marais. Elle peut même régner épidémiquement: Baillou, Frédéric Hoffmann, Morgagni, Stoll, Cullen, Frank et beaucoup d'autres en citent plusieurs exemples. Quelquefois même ces épidémies ont sévi avec une telle fureur, que quelques-uns lui ont voulu assigner des propriétés contagieuses.

Etiologie. L'organisation vasculaire des poumons, ses fonctions et ses sympathies avec l'ensemble de l'économie, et en particulier avec la peau, les rendent très-aptes à contracter des maladies diverses. Néanmoins, outre ces circonstances favorables, la pneumonie exige encore l'action des causes, qui sont généralement distinguées: 1° en causes qui mettent le corps dans une disposition propre à contracter la pneumonie, ce sont les *causes prédisposantes;* 2° en causes qui la déterminent, ce sont les *causes occasionnelles.*

Causes prédisposantes. On a placé parmi ces causes un climat vif, sec, froid ou chaud, un air très-agité, les lieux montagneux ou élevés; l'hiver et surtout le commencement de l'été; un tempérament sanguin, bilieux; une constitution athlétique. Quant à l'âge, Hippocrate pensait que la jeunesse et l'âge viril y sont plus prédisposés, et qu'elle n'est point à craindre pour l'enfance. Cependant les observations ultérieures ont démontré qu'à cet âge, ainsi que chez les vieillards, elle existe le

plus souvent à l'état latent. L'état de grossesse y prédispose les femmes, mais les hommes y sont plus sujets qu'elles : le tempérament le plus communément sanguin, les occupations plus pénibles de ceux-là ; la menstruation épurative de celles-ci, en rendent suffisamment compte. Parmi ces causes doivent être rangées certaines professions qui tantôt exposent aux émanations irritantes, tantôt aux changements continuels et brusques de température, tantôt au refoulement et à la stase du sang dans les organes pulmonaires, comme celles de plâtrier, charbonnier, etc. ; de boulanger, forgeron, etc. ; de tailleur et de cordonnier. L'usage des liqueurs alcooliques, d'une nourriture trop succulente, trop animale, d'un corset mal confectionné ou trop étroit ; des chagrins cuisants et concentrés peuvent entretenir à l'état latent cette affection, qui, par une cause occasionnelle quelconque, peut se montrer à l'état aigu. Différentes affections morbides, telles que la présence des tubercules, une pleurésie, une hypertrophie du cœur, une bronchite, une gastro-entérite, peuvent développer cette affection. Enfin, les auteurs disent que, par cela seul qu'on a été affecté une fois de pneumonie, on est disposé à la contracter de nouveau, et que des inflammations successives des poumons en suscitent d'autres.

Causes occasionnelles. Les causes occasionnelles déterminent d'autant plus facilement la pneumonie, que plusieurs causes prédisposantes ont agi pendant quelque temps, ou bien que l'une de ces dernières a agi avec plus d'intensité : ainsi le passage brusque du chaud au froid après un exercice violent ; le simple refroidissement quand le corps a été exposé à une grande chaleur et couvert de sueur, etc. ; les vapeurs irritantes, caustiques, et autres corps étrangers introduits dans les voies pulmonaires ; des coups, des chutes sur le thorax ; des plaies pénétrantes, des fractures des côtes, capables de blesser les organes qu'elles sont destinées à protéger ; la suppression d'hémorrhagies habituelles ; l'amputation d'un membre, etc. ; la rétrocession de la goutte, du rhumatisme et de diverses phlegmasies cutanées : parmi ces dernières nous devons signaler, d'une manière spéciale, la terminaison incomplète de la rougeole, qui est une source féconde de la pneumonie. Parmi les actions spontanées et volontaires qui peuvent donner lieu à

la pneumonie, on doit noter les divers exercices du corps, comme la marche, la course, l'équitation contre le vent, la lutte et les efforts, surtout ceux de la voix, au moyen du chant, des cris, de la déclamation, portés au-delà de la mesure ordinaire, sous l'influence d'une vicissitude atmosphérique, et enfin, une constitution médicale, indépendamment de la température, peuvent provoquer son développement. Il est sans doute beaucoup de cas où la production de cette maladie peut être rapportée à l'action de quelques-unes des causes que nous avons énumérées ; mais il en est encore un plus grand nombre où cette affection se déclare sans qu'on puisse l'attribuer à aucune cause appréciable ; on observe d'ailleurs que l'action de ces causes est si variable que tantôt elles produisent une bronchite, une angine, tantôt une phlegmasie du parenchyme pulmonaire. On est donc forcé d'admettre une prédisposition individuelle, dont l'essence échappe à nos moyens d'investigation.

Symptomatologie. La pneumonie est très-souvent précédée de prodrômes, et alors on voit apparaître la plupart des symptômes communs aux autres maladies aiguës ; tels que malaise général, lassitude, anorexie, etc. ; leur durée est ordinairement de douze à vingt-quatre heures. Quand la maladie est sur le point de se déclarer, ce qui arrive surtout le soir, il survient tout-à-coup un frisson suivi de chaleur, dont la durée et l'intensité varient, mais qui, du reste, n'apparaît pas toujours ; en même temps la douleur se déclare, la respiration est pénible, et bientôt le malade tousse sans expectorer.

La *douleur*, qui est le plus souvent le premier symptôme, est communément obtuse, gravative et parfois pongitive. La douleur gravative augmente par l'inspiration, celle qui est pongitive par l'expectoration. Son siége le plus ordinaire est au-dessus du sein ou derrière le sternum ; elle se fait sentir à droite ou à gauche, suivant que l'organe malade est situé de l'un ou de l'autre côté. Néanmoins, Laennec assure que, dans quelques cas, la douleur n'est sensible qu'au côté sain ; Morgagni rapporte une observation dans laquelle les traces de l'inflammation ont été trouvées du côté opposé à celui que la douleur avait constamment occupé. Quelquefois elle est si légère, que les

sujets n'éprouvent qu'un sentiment de gêne et de pesanteur dans la poitrine : aussi les anciens ont-ils dit, avec raison, en parlant de la pneumonie : *affert plus periculi quàm doloris.*

La *gêne de la respiration* varie suivant l'étendue et l'intensité de l'inflammation ; dans le début, il arrive quelquefois que les malades ne s'aperçoivent point de cette dyspnée : aussi il ne faut pas s'en tenir à ce qu'ils disent, il faut s'assurer du fait par soi-même et recourir à l'auscultation. Mais plus tard les mouvements inspiratoires sont courts et rapprochés, les inspirations profondes sont impossibles ; la voix des pneumoniques est entrecoupée ; ils ne peuvent faire des mouvements brusques sans augmenter la gêne de la respiration. Plus tard encore l'oppression se manifeste ; ils se plaignent souvent d'un poids énorme sur la poitrine, leur face devient pâle ou animée, leurs narines se dilatent avec force, et la respiration est très-fréquente et très-courte. Dans l'appréciation de la dyspnée qui sert beaucoup pour le traitement, l'on doit tenir compte de l'idiosyncrasie du sujet : tel pourra respirer avec plus de difficulté que tel autre, et néanmoins avoir une moins grande quantité de poumon enflammée.

La *toux*, sèche et douloureuse d'abord, devient humide et s'accompagne d'expectoration : c'est ordinairement du second au troisième jour que celle-ci se déclare.

Les *crachats*, dans le principe rutilants, deviennent striés, puis rouillés, verts, safranés et enfin blancs. La couleur successive qu'ils prennent doit être attribuée à la quantité de sang qu'ils contiennent. L'aspect des crachats pourrait seul, dans certaines circonstances, dit Laennec, faire reconnaître l'existence d'une pneumonie : c'est quand ils sont glutineux ou pneumoniques, comme il les appelle. Ainsi si on les recueille dans un crachoir, ils se prennent en une masse tellement tenace que l'on peut renverser le vase sans qu'ils s'en détachent. Mais si la pneumonie, au lieu de tendre à la résolution et présenter des crachats moins visqueux, moins sanguinolents, devient de plus en plus grave ou tend à la suppuration, il arrive que l'expectoration devient rare, difficile et finit par ne plus avoir lieu. Cela vient le plus souvent de ce que les crachats sont trop visqueux, ou que les malades sont trop

faibles pour les expulser. Enfin, si la maladie doit se terminer par gangrène, c'est un liquide verdâtre d'abord, puis gris et exhalant une odeur fétide, qui est expectoré.

Si la pneumonie peut être méconnue dans le principe puisque la douleur et la dyspnée, etc., manquent quelquefois, elle ne saurait se soustraire aux deux modes d'investigation bien connus aujourd'hui (la percussion et l'auscultation), et que nous devons, le premier, à Avenbrugger, médecin de Vienne ; le second, à Laennec qui a si bien fait connaître les maladies de poitrine au moyen du stéthoscope dont il est inventeur.

La *percussion* fait entendre un son d'abord clair, mais qui plus tard devient mat. Quand on ne peut l'exécuter avec les doigts, les parois thoraciques étant douloureuses ou recouvertes d'un vésicatoire, on emploie le plessimètre de Piorry. Il faut toujours combiner ce moyen avec l'auscultation, parce que seul il peut jeter dans l'erreur. Ainsi, dans le cas de pneumonie double, où il y aurait égale matité de son des deux côtés du thorax, l'on pourrait croire que la respiration est naturelle. Au commencement le stéthoscope fait entendre, du côté malade, ce râle que Laennec a désigné sous le nom de *râle crépitant*. La présence de ce bruit particulier que l'on a comparé à une vessie sèche comprimée entre les doigts, annonce le premier degré de l'inflammation pulmonaire, appelé *engouement* par Laennec et Andral. Si le râle ne domine pas le bruit respiratoire, c'est une preuve que l'inflammation est légère ; mais si le contraire a lieu, c'est que celle-ci fait des progrès et menace de passer au deuxième degré, c'est-à-dire à l'hépatisation. Ce râle finit insensiblement par disparaître, et le bruit naturel de la respiration revient peu à peu si l'inflammation se résout, tandis que, si l'on n'entend ni l'un ni l'autre, et que par la percussion on obtienne un son mat, c'est un indice que la pneumonie est passée au deuxième degré : c'est alors qu'apparaît quelquefois la *bronchophonie*. Enfin, on reconnaît que le poumon est passé à l'état de *suppuration* ou au troisième degré, quand on entend dans les bronches un râle muqueux plus ou moins prononcé. Ce dernier devient très-fort et évidemment caverneux quand il s'est formé des abcès dans les poumons ; alors aussi on

entend la *pectoriloquie* et du *gargouillement*. Il arrive cependant que ces trois râles peuvent exister à la fois dans un seul et même poumon, suivant les divers degrés de l'inflammation dans toutes les parties du poumon. On remarque aussi que le côté sain offre une respiration plus exagérée, circonstance qui seule doit faire soupçonner que l'autre poumon se trouve malade.

Si nous avons traité ces symptômes (douleur, dyspnée, crachats et état de la respiration) avec quelques détails, c'est parce qu'ils sont d'une tout autre importance que ceux qu'il nous reste à faire connaître; aussi les passerons-nous rapidement en revue. Ce sont : la fièvre, une chaleur générale souvent mordicante ; la peau sèche, la rougeur des pommettes, de celle surtout qui correspond au poumon affecté; le pouls plein, fort ou petit, fréquent et faible; la soif plus ou moins intense ; la langue rouge, sèche pendant l'exacerbation, humide ensuite ; le décubitus, tantôt sur le côté malade, tantôt sur le dos; les urines rouges, claires, peu abondantes d'abord, puis se troublant par le repos et déposant un sédiment blanc. Un symptôme assez constant dans le début, c'est la constipation ; quand la diarrhée survient, ce qui est rare, ce n'est qu'à une époque très-avancée de la maladie.

Marche et durée. Cette maladie est ordinairement continue, cependant Morton, Torti, Senac, de Haën, Stark, Medicus, etc., prétendent l'avoir observée sous une forme intermittente ; très-probablement dans ces cas, l'affection du poumon n'était que symptomatique d'une fièvre essentielle : c'est ce qui a lieu dans la fièvre ataxique intermittente, nommée *péripneumonique* par quelques auteurs, où les symptômes cessent avec l'accès fébrile. La pneumonie présente dans sa marche beaucoup de variation; tantôt son intensité augmente et diminue graduellement; tantôt elle passe subitement à des degrés opposés d'intensité. Les exacerbations ont ordinairement lieu le soir.

La durée de l'inflammation du poumon est de sept, neuf, onze, quatorze ou vingt-un jours; passé ce terme, elle devient chronique, Enfin, sa marche, sa durée peuvent être modifiées par les épidémies régnantes, les localités qui la rendent endémique et la maladie qui la complique.

Terminaison. La pneumonie peut se terminer par *résolution*, par *induration*, par *suppuration* et par *gangrène*.

La *résolution* est de toutes les terminaisons la plus avantageuse ; elle peut avoir lieu dans les trois degrés de la maladie, se faire graduellement ou d'une manière subite : le plus souvent, dans les premières heures qui la précèdent, il y a exacerbation manifeste dans les symptômes ; le malade éprouve de l'anxiété, de l'oppression, un trouble général, auquel succède une expectoration facile et abondante de crachats d'un jaune blanc, quelquefois mêlés de stries de sang ; puis vient un dépôt briqueté blanc dans les urines, une sueur ou une diarrhée modérée. L'apparition de ces signes critiques a toujours lieu avec un soulagement notable ; la respiration devient large, facile ; la fièvre se dissipe peu à peu, la soif s'apaise, et le malade recouvre insensiblement la santé, à moins qu'une cause imprévue ne vienne entraver la maladie dans sa marche. Suivant Cullen, la terminaison peut avoir quelquefois lieu par une hémorrhagie spontanée, souvent aussi par un dépôt critique dans les glandes, soit aux parotides ou aux aisselles, soit par une apparition érysipélateuse. Lorsque la résolution commence avant que la pneumonie ait dépassé la période d'engouement inflammatoire, dont la durée est ordinairement d'un, deux ou trois jours au plus, le sang infiltré disparaît par l'effet de l'absorption, et le tissu pulmonaire ne conserve qu'une rougeur légèrement foncée.

L'*induration*, ou passage de l'inflammation à l'état chronique, peut aussi se manifester d'une manière subite ou graduelle : quand la pneumonie, parvenue à ce deuxième degré, tend à se terminer par résolution, les parties, en se ramollissant, passent du rouge au rouge-brun, et acquièrent insensiblement la couleur rose-pâle naturelle au poumon ; le tissu cellulaire perd peu à peu sa dureté et son aspect granuleux, pour faire place aux vésicules pulmonaires qui conservent encore quelque temps un reste d'épaississement.

L'*expectoration* supprimée sans crise, la persévérance de la dyspnée, la rougeur des lèvres et des joues devenue plus vive et tirant sur le violet, des frissons vagues, irréguliers, le renouvellement de la fièvre avec des exacerbations vers le soir dénotent l'existence du travail *sup-*

puratoire. L'on reconnaît que la suppuration est tout-à-fait formée, quand aux symptômes ci-dessus mentionnés se joint une toux sèche, opiniâtre, un sentiment de pesanteur et de suffocation qui oblige le malade à se tenir sur son séant ou à se coucher sur le côté affecté, une soif inextinguible, une perte d'appétit toujours croissant, et surtout des sueurs nocturnes au front et à la région supérieure de la poitrine. La fièvre est continue avec redoublement, la débilité et l'émaciation sont extrêmes; souvent le pus pénètre graduellement dans les voies aériennes et s'évacue complétement par expectoration, ce qui procure dans ce cas une cure radicale; souvent la résorption a lieu et détermine alors des accidents toujours graves.

La pneumonie peut enfin se terminer par *gangrène.* Cette terminaison, quoique extrêmement rare, s'annonce toujours par la cessation subite des douleurs avec une dépression et irrégularité du pouls, par un état de prostration complète, une oppression extrême, le refroidissement des extrémités, et spécialement par une sputation verte, noire et fétide qui se supprime bientôt par manque de forces; le malade alors meurt suffoqué par les crachats.

Diagnostic. A l'aide des symptômes énumérés plus haut, à l'aide des signes fournis par l'auscultation et la percussion, la pneumonie simple est facile à distinguer dans l'immense majorité des cas. Cependant le diagnostic différentiel de la pneumonie sera très-utile dans quelques cas, pour ne pas la confondre avec d'autres affections, telles que la *pleurésie,* le *catarrhe pulmonaire,* l'*asthme,* l'*œdème,* l'*apoplexie* et l'*engouement hémoptoïque* du poumon; les symptômes et la marche de la maladie nous serviront beaucoup pour la distinguer.

Ainsi, on la distingue de la pleurésie, par la douleur lancinante et par l'égophonie qui caractérise cette dernière d'abord, et ensuite par la forme bombée de la poitrine, quand l'épanchement est considérable;

Du catarrhe pulmonaire, par la plus grande liberté de la respiration, la sonoréité de la poitrine, par la matière des crachats qui ne sont pas sanguinolents, par les différents râles particuliers propres à cette maladie;

De l'asthme, par la gêne périodique et convulsive de la respiration

qui le caractérise, l'absence de l'expectoration pneumonique et du mouvement fébrile général, et par la sonoréité des parois thoraciques;

De l'œdème du poumon, par son râle *sous-crépitant*, l'expectoration moins visqueuse que dans la pneumonie, la sonoréité de la poitrine, l'absence des signes généraux qui sont le cortége inévitable de l'inflammation aiguë d'un organe aussi important que le poumon. Ce que nous venons de dire de l'œdème du poumon peut également s'appliquer à l'apoplexie pulmonaire et à l'engorgement hémoptoïque. Il sera nécessaire de recourir au développement et à la marche de la maladie, d'examiner les crachats, pour distinguer de la phthisie la pneumonie arrivée au troisième degré avec formation d'abcès, car à cette période les signes fournis par la percussion et l'auscultation sont les mêmes.

Pronostic. Le pronostic est généralement fâcheux, à cause de l'importance de l'organe enflammé; il l'est surtout si le sujet est atteint de tubercules, d'hémoptysie, etc.; s'il est épuisé par des excès, et s'il a été sous l'influence de pneumonie antérieure; il doit varier, du reste, suivant l'intensité de l'inflammation, l'âge, le sexe, la constitution régnante, la partie du poumon enflammée (l'inflammation du lobe supérieur est plus à redouter que celle de l'inférieur), la nature des symptômes, etc.

Nécropsie. Lorsqu'un individu meurt pendant le cours de la *première période* de la pneumonie, le poumon, au lieu de cette couleur rose-pâle qui le caractérise dans l'état physiologique, a pris une teinte rouge-livide; sa pesanteur est devenue plus considérable; la cohésion du tissu est sensiblement diminuée, il ne crépite presque plus; et si l'on pratique quelques incisions dans son tissu, et qu'on le presse ensuite, il s'en écoule une sérosité plus ou moins sanguinolente.

Seconde période. Dans cette période il ne crépite plus; sous le rapport de la couleur il ressemble au foie; la moindre pression suffit pour l'écraser; son volume paraît sensiblement augmenté, et si l'on pratique quelques incisions dans son tissu, et qu'on le presse légèrement, il s'écoule un liquide analogue à de la *lie de vin*, mais moins spumeux que dans le cas déjà cité. Sa substance présente une surface

formée de petites granulations rouges qui, d'après Laennec, ont remplacé les vésicules pulmonaires. Le poumon ne surnage plus.

Dans le *troisième degré*, la dureté et l'aspect granuleux du tissu pulmonaire, que je viens de décrire, prend une couleur jaune ou grise. L'incision ou la pression en font découler un liquide d'une teinte plus ou moins cendrée, qui n'est autre chose que du pus. Cet aspect granuleux s'efface peu à peu, à mesure que le pus se ramollit, et avant que le ramollissement soit complet; la substance pulmonaire, pressée entre les doigts, se transforme en une sorte de détritus grisâtre. Ces trois degrés énoncés ci-dessus peuvent se rencontrer sur un même poumon. C'est ordinairement la partie inférieure du poumon qu'occupe l'engorgement le plus avancé.

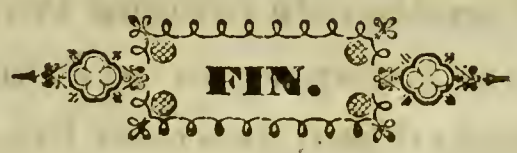
Traitement. La pneumonie aiguë, eu égard à l'importance de l'organe affecté, à la gravité souvent alarmante des symptômes et à la rapidité avec laquelle les poumons contractent des désorganisations funestes, est une des maladies qui réclament le plus impérieusement et le plus promptement un traitement énergique.

Parmi les diverses méthodes de traitement qui ont été mises en usage contre cette maladie, la plus ancienne et celle qui s'est le plus long-temps soutenue est, sans contredit, la méthode *anti-phlogistique*. Depuis le père de la médecine jusqu'à nos jours, l'expérience a démontré que les émissions sanguines, pratiquées au début de cette maladie, sont des moyens spécifiques contre la pneumonie; il ne faut donc pas hésiter, si on est appelé auprès d'un malade atteint de cette affection, dans la première période, d'ouvrir la veine largement, de manière à faire sortir une assez grande quantité de sang dans le plus court espace de temps possible. Si l'inflammation est peu intense, il arrive souvent qu'une seule saignée suffit pour la combattre; mais lorsqu'après ces émissions sanguines les symptômes persistent ou tendent à s'exaspérer, c'est-à-dire si le pouls est toujours fort, la dyspnée grande, la face animée et le caillot des saignées précédentes couvert d'une couenne épaisse, il faut se hâter de pratiquer de nouvelles saignées, et les répéter jusqu'à ce que l'on ait enrayé ou fait rétrograder la marche de l'inflammation. On ne doit pas se laisser intimider par la petitesse du pouls, qui

bien souvent n'est qu'apparente ; il faut encore dans ces cas ouvrir la veine, mais agir avec prudence : la quantité de sang tiré doit être en rapport avec l'état des forces du malade. Si, après la première ou la seconde saignée, la faiblesse du pouls persiste, que la face soit pâle, qu'une dyspnée plus grande suive les émissions sanguines et qu'un signe de réaction ne se manifeste, on doit renoncer à la phlébotomie et avoir recours aux révulsifs. Les vésicatoires et les sinapismes appliqués sur les jambes ou sur la poitrine, suivant l'indication, produisent quelquefois d'heureux résultats. En général, lorsque le pouls étant faible, la dyspnée est grande ou que les battements du cœur sont forts, on ne doit pas craindre de prodiguer la saignée malgré l'état de prostration du malade. L'âge ne doit pas, pour ainsi dire, modifier le traitement : chez les vieillards, nous pensons qu'on doit pratiquer des saignées presque aussi abondantes et les répéter presque aussi souvent que chez les adultes, en ayant égard, comme pour ces derniers, à l'état des symptômes, à leur tempérament et à leur constitution plus ou moins détériorée. Chez les enfants, la petitesse du calibre des veines ne permettant pas la phlébotomie, on aura recours aux sangsues, aux ventouses scarifiées ; M. Guersent a pourtant saigné un enfant de trois ans. Chez les femmes enceintes et chez les jeunes filles, on ne doit pas craindre de pratiquer la saignée ; il est cependant avantageux d'appliquer en même temps les sangsues aux cuisses ou aux grandes lèvres. Il est démontré par l'expérience que les émissions sanguines peuvent être utiles dans toutes les périodes, tant que les phénomènes d'irritation et de phlegmasie existent à un degré plus ou moins grand, et que la résolution n'a pas une marche facile et régulière. Les boissons doivent être émollientes et tièdes ; l'infusion de mauve et de guimauve édulcorée avec du sirop de gomme, l'eau d'orge légèrement nitreuse, les looks auxquels on mêle le sirop de diacode et quelques gouttes de laudanum, lorsque la toux tracasse trop le malade. Les vomitifs ne doivent être employés que lorsqu'il y a complication bilieuse, et quelquefois chez les enfants qui, comme on le sait très-bien, ne peuvent pas expectorer et chez lesquels les vomissements semblent désobstruer les poumons. Il est des cas où les boissons émollientes sont remplacées avantageuse-

ment par des médicaments toniques et stimulants ; ces médicaments sont : le polygala de Virginie, le kermès minéral, l'oxymel scillitique, l'ipécacuanha ; ce dernier a été fort souvent avantageusement employé à l'hôpital St.-Eloi par M. le professeur Caizergues. Tous ces moyens semblent faciliter l'expectoration, mais on ne doit les employer que lorsqu'il n'y a pas de signes de réaction, soit locale, soit générale, que l'inflammation est stationnaire, que l'organisme semble n'avoir pas assez de force pour que l'inflammation marche vers la résolution, ou lorsque les poumons sont le siége d'une hypérémie toute passive.

Lorsque les anti-phlogistiques ont été sans succès, ou lorsque la constitution de l'individu ne permet pas d'employer ces moyens, on peut alors avoir recours au traitement *contre-stimulant* (tartre stibié à haute dose). Ce médicament fut mis pour la première fois en usage par Rasori et Thomassini en Italie, et employé ensuite en France avec un plein succès par Laennec et par plusieurs praticiens de différents pays. M. Lallemand en fait un usage assez fréquent, surtout dans la pneumonie par cause de lésion traumatique. La dose de ce médicament a été portée jusqu'à 60 et 70 grains pendant vingt-quatre heures. On commence en France ordinairement par la dose de 6, 8, 18 grains, et l'on va jusqu'à 30 et 40 grains ; ordinairement une saignée précède l'emploi du tartre stibié. Si le médicament est supporté, c'est-à-dire si, comme disent les auteurs, il y a *tolérance*, qu'il ne produise pas de vomissements ni de selles, on le continue, et l'on voit souvent une pneumonie qui avait résisté opiniâtrement aux anti-phlogistiques disparaître en peu d'heures. Si, au contraire, il y a des selles ou des vomissements produits par son administration, on le suspend pendant quelques heures, et après cela on continue de nouveau son emploi.



QUESTIONS DE THÈSE
TRAITÉES EN PROPOSITIONS.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Est-il possible d'imiter les eaux minérales naturelles?

Quoiqu'on soit parvenu à imiter par la synthèse les eaux minérales naturelles, et quoiqu'on puisse même affirmer que certaines eaux factices sont infiniment préférables aux eaux naturelles, attendu qu'il est facile de les rendre à volonté plus ou moins actives, en diminuant ou augmentant les doses des substances que l'on y introduit; cependant, suivant M. Anglada, on ne peut pas les rendre telles qu'elles sont dans la nature. D'après cet auteur, certaines eaux minérales naturelles contiennent un principe végéto-animal qu'il nomme *glairine*, lequel jusqu'à présent ne pouvait pas être imité par l'art.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

La membrane dure-mère reçoit-elle des nerfs? Si elle en reçoit, d'où viennent-ils? Quelle est leur distribution?

L'existence des nerfs de la dure-mère, niée par les uns et admise par les autres, paraît être mise hors de doute, de nos jours, par M. Cruveilhier. Ce célèbre anatomiste prétend avoir vu, dans l'épaisseur d'une dure-mère devenue transparente par une longue macération dans l'acide nitrique étendu d'eau, puis dans l'eau seule, deux filaments nerveux de chaque côté de la ligne médiane, étendus de la cinquième

paire jusqu'au voisinage du sinus longitudinal supérieur. Un troisième filet nerveux était logé dans l'épaisseur de la tente du cervelet; son origine n'a pas pu être constatée

SCIENCES CHIRURGICALES.

Comment se comporte le tissu tuberculeux développé dans les os? A quels accidents sa présence donne-t-elle lieu?

La nature des tubercules (1) étant parfaitement identique et la même dans quelque tissu de l'économie que ce soit, les différences que ce produit morbifique peut offrir sont moins inhérentes à lui-même qu'au tissu dans lequel il a pris naissance. Comme toutes les affections des tissus osseux, les tubercules se développent dans ce même tissu d'une manière lente obtuse. Leur présence ne se manifeste point par cet ensemble de symptômes qui les font facilement reconnaître dans les autres tissus de l'économie jouissant d'une vitalité plus prononcée, plus énergique. Le tubercule développé dans les os par le même mécanisme à peu de chose près que dans les autres tissus, après avoir été plus ou moins long-temps stationnaire, finit par devenir une masse calcaire, pierreuse (tubercule crétacé), moins consistante, plus fragile et moins animalisée que le tissu de l'os dans les aréoles duquel elle peut rester déposée long-temps, sans presque donner lieu à aucun accident appréciable : ou bien, ce qui arrive le plus souvent, comme tous les dépôts accidentels produits par des matériaux sans analogues dans l'organisme, il se détruit par une nouvelle série de phénomènes semblables à ceux dont il tire son origine. La gangue osseuse qui l'enveloppe s'enflamme, se ramollit; du pus liquide, dont les parties les plus fluides, faute de réaction suffisante, ne se résorbent plus pour

(1) Nous ne nous servons pas du mot *tissu tuberculeux*, regardant cet état pathologique comme le produit d'une sécrétion morbide, ne présentant aucune trame, n'étant ni organisé ni organisable, et ne jouissant pas de toutes les conditions de la vie.

former de nouveaux résidus tuberculeux, le pus liquide, disons-nous, venant se mêler au pus concret, produit la *fonte* de ce dernier. L'un et l'autre sont expulsés du sein de l'organisme, en parcourant des trajets plus ou moins longs, des voies plus ou moins sinueuses. L'issue que ces fusions purulentes s'ouvrent au-dehors, permet bientôt à l'air atmosphérique de vicier leur qualité : alors un nouveau cortége de symptômes ne tarde pas à éclater, présage funeste d'une prochaine terminaison fatale.

SCIENCES MÉDICALES.

Des causes de l'endocardite et de la fréquence de cette maladie.

En adoptant la division de l'endocardite en idiopathique et en symptomatique, nous assignerons avec MM. Bouillaud et Corvisart, à la première espèce de cette maladie, les causes suivantes : les violences extérieures sur la région du cœur, les lésions traumatiques, les coups, les chutes, les corps étrangers introduits dans le centre circulatoire, les vicissitudes atmosphériques, et notamment l'exposition plus ou moins prolongée au froid, soit sec, soit surtout humide, le corps ayant éprouvé préalablement un état de chaleur porté jusqu'à la transpiration ; enfin, les affections morales, vives et profondes. Parmi les causes de la seconde espèce de l'endocardite, nous rangerons : les différentes phlegmasies, telles que la *pleuro-pneumonie*, la *phlébite*, l'*arthritite*, vulgairement désignée sous l'expression de *rhumatisme* articulaire aigu, etc. Au reste, il est à peine besoin de faire la remarque qu'il y a bien des cas où on ne peut recueillir aucune donnée précise et positive sur la cause déterminante de cette maladie. Quant à sa fréquence, nous dirons, avec M. Bouillaud, qu'elle est la plus commune chez les individus rhumatisants : les observations de cet auteur démontrent que, sur vingt sujets atteints d'un rhumatisme articulaire aigu général et accompagné d'une vive réaction fébrile, il y en a la moitié au moins qui offrent les symptômes de l'endocardite.